

ILLINOIS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION

**MANUAL SOBRE
COMPENSACIÓN
LABORAL Y
ENFERMEDADES
OCUPACIONALES**

**Para lesiones y enfermedades
el o después del 28/06/11**



Sufrir una lesión en el trabajo puede ser una experiencia traumática. Es natural que los trabajadores lesionados se preocupen acerca de su salud y seguridad en el trabajo. La ley tiene el propósito de compensar a los trabajadores lesionados por los salarios perdidos, la incapacidad permanente, y proveer el cuidado médico necesario. Nosotros animamos a los trabajadores lesionados a que se enfoquen en sanarse y regresar al trabajo.

Una herida en el trabajo puede ser traumática también para los empleadores. Es natural preocuparse por los gastos que se están acumulando y la pérdida de la productividad. La ley ha sido diseñada para limitar las responsabilidades. Nosotros animamos a los empleadores a que mantengan una comunicación abierta y positiva con los reclamantes.

Este manual está diseñado para servir como guía general para los derechos y obligaciones de los empleados que han sufrido lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, así como los derechos y obligaciones de sus empleadores, bajo los decretos de Illinois sobre Compensación Laboral y Enfermedades Ocupacionales.

Este manual se refiere sólo a aquellas lesiones o enfermedades que ocurrieron el o después del 28 de junio, 2011. Si usted necesita información para un caso más antiguo, por favor, diríjase a la versión previa del manual, la cual se encuentra disponible en nuestro sitio en la Red.

Ningún libro puede tratar todas las situaciones que puedan ocurrir. Los beneficios son determinados aplicando la ley a los hechos de cada caso. Si usted aún tiene preguntas, por favor, contacte a una de las oficinas de la Comisión.

Línea gratuita:	Sólo dentro de Illinois	866/352-3033
Chicago:	100 W. Randolph St., #8-200, 60601	312/814-6611
Collinsville:	1014 Eastport Plaza Dr., 62234	618/346-3450
Peoria:	401 Main Street, Suite 640, 61602	309/671-3019
Rockford:	200 S. Wyman, 61101	815/987-7292
Springfield:	4500 S. Sixth St. Frontage Road, 62703	217/785-7087
TDD:	Telecomunicaciones - Servicio para sordos	312/814-2959

Este libro también está disponible en inglés. Todas las versiones de este manual, así como el estatuto, las normas, y los formularios, están disponibles gratuitamente en <http://www.iwcc.il.gov/>

Impreso por autoridad del Estado de Illinois, 11/11.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
CAPÍTULO 1	
Vistazo general	3
CAPÍTULO 2	
Reportando una Lesión o Exposición	8
CAPÍTULO 3	
Presentando un Reclamo en la Comisión	11
CAPÍTULO 4	
Resolviendo una Disputa en la Comisión	15
CAPÍTULO 5	
Beneficios Médicos	22
CAPÍTULO 6	
Beneficios por Incapacidad Total Temporal (TTD)	27
CAPÍTULO 7	
Beneficios por Incapacidad Parcial Temporal (TPD)	30
CAPÍTULO 8	
Beneficios de Rehabilitación Vocacional/antenimiento	31
CAPÍTULO 9	
Beneficios por Incapacidad Parcial Permanente (PPD)	32
CAPÍTULO 10	
Beneficios por Incapacidad Total Permanente (PTD)	37
CAPÍTULO 11	
Beneficios por Muerte/para Sobrevivientes	39
GLOSARIO	41
ÍNDICE	44

CAPÍTULO 1

Vista general

1. *¿Qué es compensación laboral?*

Compensación laboral es un sistema de beneficios provistos por la ley a la mayoría de los trabajadores que sufren de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Estos beneficios son pagados sin importar quien tiene la culpa. Cada estado tiene su propia ley sobre compensación laboral. La ley de Illinois se puso en efecto por primera vez en 1912.

2. *¿Quién administra el programa?*

En 1913, la legislatura creó una agencia estatal para resolver disputas entre los obreros lesionados y sus empleadores, en relación con la compensación laboral. Ha sido conocida por diferentes nombres a través de los años, pero ahora se conoce como la Comisión de Compensación Laboral de Illinois.

Como sistema administrativo de la corte, la Comisión debe ser imparcial. El personal explicará los procedimientos y disposiciones básicas de la ley, pero no puede actuar como abogado para el empleado ni para el empleador.

3. *¿Cuáles empleados están cubiertos por la ley?*

Casi cada empleado que sea contratado, herido, o cuyo empleo esté localizado en el estado de Illinois está cubierto por la ley. Estos empleados están cubiertos desde el momento en que comienzan sus trabajos.

4. *¿Cuáles lesiones y enfermedades están cubiertas por la ley?*

En la mayoría de los casos, la ley cubre lesiones que sean causadas, en su totalidad o en parte, por el trabajo del empleado.

Un trabajador lesionado por el uso repetitivo de una parte de su cuerpo está cubierto, tal como lo está una persona que experimenta un infarto, un ataque al corazón u otro problema físico causado por el trabajo.

Un trabajador que tuvo una condición previa puede recibir beneficios si él o ella pueden demostrar que el trabajo agravó la condición.

Las lesiones sufridas en programas recreativos patrocinados por el empleador (por ejemplo, eventos atléticos, fiestas, picnic) no están cubiertas a menos que la participación sea obligatoria. Las lesiones accidentales ocurridas mientras participaba como paciente en un programa de rehabilitación de las drogas o del alcohol, no están cubiertas.

5. *¿Qué beneficios son provistos?*

La ley provee las siguientes categorías de beneficios, las cuales son explicadas en capítulos posteriores:

- a) Atención médica que es razonablemente necesaria para curar o aliviar al empleado de los efectos de la lesión;
- b) Beneficios por incapacidad total temporal (TTD) mientras el empleado está fuera del trabajo, recuperándose de la lesión;
- c) Beneficios por incapacidad parcial temporal (TPD) mientras el empleado se está recuperando de la lesión pero trabajando en tareas livianas, por una compensación menor;
- d) Se proveen beneficios de rehabilitación vocacional/mantenimiento para un trabajador lesionado que está participando en un programa de rehabilitación vocacional aprobado;
- e) Beneficios por incapacidad parcial permanente (PPD) para un empleado que sostiene una incapacidad o desfiguración permanente, pero puede trabajar;
- f) Beneficios por incapacidad total permanente para un empleado que se ha determinado que no es capaz de trabajar;
- g) Beneficios por causa de muerte para miembros sobrevivientes de la familia.

6. *¿Son los beneficios por compensaciones laborales considerados como ingresos?*

No. Los beneficios por compensación laboral no están sujetos a impuestos bajo la ley estatal o federal, y no necesitan ser reportados como ingresos en las declaraciones de impuestos.

7. *¿Quién paga los beneficios?*

Legalmente, el empleador es responsable por el costo de la compensación laboral. La mayoría de los empleadores compran un seguro de compensación laboral comercial, y la compañía de seguros paga los beneficios en nombre del empleador. Ninguna parte de la prima del seguro por compensación laboral u otros beneficios pueden ser cobrados al empleado. Otros empleadores obtienen la aprobación del estado para asegurar ellos mismos.

Para identificar la parte responsable para pagar los beneficios, un empleado puede ver la información sobre el lugar de trabajo del empleador, ver el sitio en la Red de la Comisión, o contactar a la Comisión (inscompquestions.wcc@illinois.gov; línea gratuita 866/352-3033).

8. *¿Qué exige la ley de los empleadores?*

Los empleadores deben:

- a) Obtener el seguro por compensación laboral de los trabajadores, u obtener el permiso para asegurarse a sí mismos.
- b) Publicar un aviso en cada lugar de trabajo que explique los derechos de los trabajadores bajo la Ley sobre Compensación Laboral, y que mencione el corredor de seguros, el número de póliza, información de contacto, etc.;
- c) Mantener registros de lesiones relacionadas con el trabajo, y reportar a la Comisión aquellos accidentes que involucren más de tres días de trabajo perdidos;
- d) NO cobrar al empleado por ninguna parte de la prima o beneficios del seguro por compensación laboral;
- e) NO acosar, despedir, negarse a volver a emplear, o discriminar de alguna manera a un empleado por ejercitar sus derechos bajo la ley,

9. *¿Qué pasa si el empleador no tiene seguro por compensación laboral?*

El empleado debe dar el nombre y dirección del empleador, y la fecha de la lesión, a la División de Verificación en Seguros, de la Comisión (inscompquestions.wcc@illinois.gov; línea gratuita 866/352-3033).

Un empleador que *negligentemente* deja de proveer cobertura es culpable de delito menor Clase A por cada día sin cobertura, y puede ser castigado con hasta 12 meses de prisión y una multa de \$2.500 dólares.

Un empleador que *concientemente* deja de proveer cobertura es culpable de delito grave Clase 4 por cada día sin cobertura, y puede ser castigado con 1-3 años de prisión y una multa de \$25.000 dólares.

Un empleador no asegurado puede también ser multado con hasta \$500 dólares por cada día que no tuvo el seguro, con una multa mínima de \$10.000 dólares.

Un empleador no asegurado pierde las protecciones de la Ley sobre Compensación Laboral para el período del incumplimiento. Eso significa que un empleado que ha sido lesionado durante el período de incumplimiento puede demandar en la corte civil, donde no existen límites para las adjudicaciones.

Adicionalmente, si la Comisión decide que un empleador dejó de proveer concientemente la cobertura de seguros, puede expedir una orden de interrupción de labores, y cerrar la compañía hasta que obtenga seguro.

Las multas recogidas bajo estas disposiciones son depositadas en el Fondo de Beneficios para Trabajadores Lesionados, los cuales son entonces distribuidos, de manera prorrateada, a los trabajadores lesionados cuyos empleadores no asegurados dejaron de pagar los beneficios concedidos por la Comisión.

10. *¿Qué se hace para combatir el fraude?*

Es ilegal para cualquier persona – trabajador, empleador, corredor de seguros, proveedor de servicios médicos, etc. - hacer intencionalmente cualquiera de las siguientes cosas:

- Hacer un reclamo falso por cualquier beneficio por compensación laboral;
- Hacer una declaración falsa a fin de obtener o negar beneficios;
- Hacer una declaración falsa a fin de impedir que alguien presente un reclamo legítimo;
- Hacer un certificado de seguro falso como prueba de seguro;
- Hacer una declaración falsa a fin de obtener seguro por compensación laboral a una tasa menor que la adecuada;
- Hacer una declaración falsa a fin de obtener aprobación para asegurarse a sí mismo o reducir la garantía necesaria para asegurarse a sí mismo;

- Hacer una declaración falsa al personal estatal de fraude e incumplimiento, durante una investigación;
- Ayudar a alguien a cometer cualquiera de los crímenes anteriores;
- Mover, destruir u ocultar bienes para evitar el pago de una demanda.

Una “declaración” incluye cualquier informe escrito, aviso, prueba de lesión, o cualquier factura médica, registro, reporte o resultado de exámenes.

Cualquier persona que se encuentre culpable de cualquiera de estas acciones puede ser castigada con delito menor hasta un delito grave Clase 1, dependiendo del crimen cometido. La parte culpable deberá pagar la restitución completa, y los gastos de la corte y honorarios de abogados.

Si usted desea reportar una situación posiblemente fraudulenta, puede contactar la Unidad Investigativa de Compensación Laboral en el Departamento de Seguro de Illinois (DOI.WorkCompFraud@illinois.gov); (312/636-9457; línea gratuita 877/923-8648). Usted no necesita identificarse.

Cualquiera que intencionalmente hace un informe falso de fraude es culpable de un delito menor Clase A, que se puede castigar con hasta 12 meses de prisión y una multa de \$2.500 dólares.

CAPÍTULO 2

Reportando una lesión o exposición

1. *¿A quién debería notificar el trabajador lesionado?*

El empleado debe informar prontamente al empleador. La ley exige que el empleado notifique al empleador de la fecha y el lugar del accidente, si se conoce.

El aviso puede ser entregado oralmente o por escrito. Para evitar problemas, recomendamos que el empleado dé al empleador un aviso por escrito que contenga lo siguiente:

- a) La fecha y el lugar del accidente;
- b) Una descripción breve del accidente, lesión o enfermedad; y
- c) El nombre, la dirección y el número telefónico del empleado.

Un aviso a un compañero de trabajo que no forma parte de la administración, no se considera como un aviso al empleador.

2. *¿Cuáles son los límites de tiempo para notificar al empleador?*

Generalmente, el empleado debe notificar al empleador dentro de un período de 45 días desde el accidente. Cualquier demora en el aviso al empleador puede atrasar el pago de los beneficios. Una demora de más de 45 días puede resultar en la pérdida de todos los beneficios.

Para lesiones resultantes de exposición radiológica, el empleado debe notificar al empleador 90 días después que el empleado sepa o sospeche que él o ella han recibido una dosis excesiva de radiación.

Para enfermedades ocupacionales, el empleado debe notificar al empleador tan pronto como sea posible después que él o ella se enteren de la situación.

3. *¿Qué debe hacer el empleador después de recibir el reporte?*

El empleador debería seguir con prontitud los siguientes pasos:

- a) Proveer todos los servicios médicos y de primeros auxilios;
- b) Informar al corredor de seguros o administrador de compensación laboral, incluso si el empleador duda el reclamo del empleado.
- c) Si el empleado no puede trabajar por más de tres días debido a la lesión, el empleador debe hacer una de las siguientes cosas:

- (i) Iniciar los pagos de TTD; o
- (ii) Dar al empleado una explicación escrita de la información adicional que el empleador necesita antes de iniciar los pagos; o
- (iii) Dar al empleado una explicación por escrito de por qué están siendo negados los beneficios.

4. *¿Qué registros debe conservar el empleador?*

Los empleadores deben:

- a) Publicar un aviso en cada lugar de trabajo que explique los derechos de los trabajadores bajo la Ley sobre Compensación Laboral, y que mencione el corredor de seguros, el número de póliza, información de contacto, etc.
- b) Mantener registros exactos de muertes, lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo (diferentes a las lesiones menores que sólo requieran de primeros auxilios y no involucren tratamiento médico adicional, pérdida de la conciencia, restricción del trabajo o el movimiento, o transferencia a otro trabajo).
- c) Reportar los accidentes a la Comisión, en el formulario “Primer Informe del Empleador sobre una Lesión” (formulario 45).

Los reportes escritos sobre todas las muertes relacionadas con el trabajo deben ser hechos a la Comisión dentro de un período de dos días hábiles.

Los reportes escritos sobre lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo y resultantes en la pérdida de más de tres días de trabajo planificado, deben ser hechos dentro de un mes.

5. *¿Qué pasa si el empleador no paga al trabajador ningún beneficio?*

El trabajador o el abogado del trabajador deben contactar al empleador directamente, para determinar por qué los beneficios no están siendo pagados. Una comunicación pobre con frecuencia causa atrasos y malos entendidos.

Si el problema persiste, el empleado debe presentar un reclamo a la Comisión. Por favor, note que un reporte del accidente no comienza ninguna acción por parte de la Comisión. La Comisión se involucra sólo si el trabajador presenta un reclamo y sigue los procedimientos para solicitar una audiencia. (Vea el capítulo siguiente).

6. ¿Puede un trabajador ser despedido por reportar un accidente o presentar un reclamo?

Es ilegal para un empleador acosar, despedir, negarse a volver a emplear, o discriminar de alguna manera a un empleado por ejercitar sus derechos bajo la ley, Tal conducta por parte del empleador puede dar lugar a un derecho para presentar una demanda separada, por daños, en la corte del circuito.

Un empleado con un reclamo pendiente por compensación laboral puede aún ser disciplinado o despedido por otras razones válidas.

CAPÍTULO 3

Presentando un reclamo en la Comisión

1. *¿Cómo se abre un reclamo en la Comisión?*

El trabajador debe presentar tres copias de la *Solicitud para Ajuste de Reclamo*, junto con una *Prueba de Servicio* declarando que una copia de la solicitud ha sido entregada al empleador. Los reclamos pueden ser presentados por correo o en persona en cualquier oficina de la Comisión.

No hay costos por los formularios o para presentar un reclamo.

2. *¿Qué sucede después que un reclamo sea presentado?*

La Comisión asigna un número de caso y un árbitro para el caso. En el Condado de Cook, los casos son asignados al azar entre los árbitros de Chicago; en el resto del estado, los casos son asignados al sitio de audiencias más cercano al sitio del accidente.

El caso es establecido en un ciclo automático de tres meses. Cada tres meses, el caso es establecido para un llamado del estatus. En el llamado, las partes pueden solicitar un juicio. Si ninguna de las dos partes solicita un juicio, el caso se continúa por otros tres meses.

Esta rotación continúa durante tres años. Para los primeros tres años después de haber sido presentado un caso, es la responsabilidad de las partes dar seguimiento al caso. Después de tres años, el árbitro puede rechazar el caso, a menos que las partes muestren que hay una buena razón para continuarlo.

Es importante tener en cuenta que cada árbitro es responsable de miles de casos, no puede monitorear casos individuales, y no tiene información respecto a si los beneficios están siendo pagados o no. Las partes son responsables de llevar un registro del caso y tomar acción cuando sea necesario.

3. *¿Debe un empleado presentar un reclamo para recibir los beneficios?*

Si el empleado quiere que la Comisión ordene el pago de los beneficios, él o ella deben presentar un reclamo.

Un empleado que está recibiendo los beneficios pero está preocupado por proteger sus derechos para recibir beneficios en el futuro también puede desear presentar un reclamo.

4. *¿Cuáles son los límites de tiempo para presentar un reclamo?*

Generalmente, un empleado que deja de presentar un reclamo dentro de los límites de tiempo, pierde su derecho a reclamar beneficios en el futuro.

En la mayoría de los casos, el empleado debe presentar un reclamo dentro de un período de tres años después de una lesión, muerte o incapacitación por causa de una enfermedad ocupacional, o dentro de dos años del último pago de TTD o factura médica, lo que ocurra de último.

Algunos casos tienen fechas límites diferentes:

Exposición a asbestos: Presentar el reclamo dentro de un período de 25 años después de la última exposición.

Muerte: Presentar un reclamo dentro de un período de tres años de la muerte, dentro de un período de dos años del último pago de compensación bajo la Ley de Compensación Laboral, o dentro de un período de tres años de la fecha del último pago por compensación bajo la Ley de Enfermedades Ocupacionales, lo que ocurra de último.

Enfermedad ocupacional: En la mayoría de los casos, a menos que una enfermedad ocupacional ocasione una incapacidad dentro de un período de dos años a partir de la fecha de la última exposición, no se puede hacer ninguna compensación. Para la beriliosis o enfermedades causadas por la inhalación de silicio o polvo de asbesto, la incapacidad debe ocurrir dentro de un período de tres años, desde la última exposición para ser compensable.

Neumoconiosis: Presentar reclamo dentro de un período de 5 años después de la última exposición o el último pago.

Exposición a radiación: Presentar reclamo dentro de un período de 25 años después de la última exposición.

5. *¿El pago voluntario de beneficios afecta un reclamo?*

Si el empleado acepta beneficios, él o ella no renuncian a ningún derecho bajo la ley. De manera similar, si el empleador paga beneficios, no renuncia a su derecho para disputar el reclamo. Incluso si un reclamo es presentado a la Comisión después que algunos beneficios han sido pagados, el empleador aún tiene derecho a disputar su responsabilidad de pagar cualquier compensación en lo absoluto.

6. *¿Tiene el trabajador que contratar a un abogado para presentar un reclamo?*

No, pero en los casos disputados, la mayoría de los empleados y empleadores contratan abogados.

Si el trabajador no contrata a un abogado, es su responsabilidad mantener un registro del reclamo, aparecer en las audiencias cuando sea necesario, y presentar evidencia en las audiencias, que pruebe su elegibilidad bajo la ley.

Los árbitros y comisionados deben ser neutrales y estar sujetos al Código de Conducta Judicial. No pueden actuar como abogado para el trabajador o para el empleador.

La Comisión no puede recomendar abogados. Las personas que quieren obtener asesoría legal, pueden pedir a sus amigos una recomendación, o llamar a un servicio de referencia de abogados. La Comisión tiene una lista de asociaciones de asociaciones de abogados, que pueden hacer referencias.

7. *¿Cuánto puede cobrar un abogado?*

La ley limita los honorarios del abogado:

a) Un abogado no deberá cobrar ninguna tarifa sobre pagos que el empleador hizo voluntariamente por atención médica, TTD y cualquier otra compensación.

b) La tarifa del abogado está limitada a un 20% de la compensación recuperada, hasta el 20% de 364 semanas del beneficio máximo TTD, a menos que se lleve a cabo una audiencia y la Comisión apruebe tarifas adicionales.

c) Si el empleador hizo una oferta escrita al empleado, el abogado puede cobrar solamente una tarifa sobre el monto recuperado en exceso de esta oferta. En este caso, la tarifa del abogado puede exceder el 20% del monto adicional recuperado.

d) La tarifa del abogado debe ser establecida en el formulario de *Acuerdo de Representación del Abogado*, firmado por el empleado (o, en los casos de muerte, por los beneficiarios), y aprobado por la Comisión.

8. *¿Qué pasa si el trabajador está insatisfecho con el abogado?*

La Comisión no puede resolver problemas entre el trabajador lesionado y su abogado. El reclamante puede tratar de mejorar la relación con el abogado, contratar a otro abogado, o proceder sin abogado.

Nosotros animamos a los abogados a que mantengan informados a sus clientes. También animamos a los reclamantes a educarse a sí mismos y seguir el progreso del caso.

CAPÍTULO 4

Resolviendo una disputa en la Comisión

1. *¿Qué debe hacer el trabajador para recibir los beneficios?*

Es la responsabilidad del trabajador probar que él o ella son elegibles para los beneficios. El empleador no necesita refutar el reclamo de un trabajador. Legalmente, la carga de la prueba descansa en el empleado.

Algunos de los principales asuntos en un caso de compensación de los trabajadores se mencionan abajo. El empleado debe probarlos todos a fin de calificar para los beneficios.

a) Jurisdicción: En la fecha del accidente, el empleador estaba sujeto a la Ley sobre Compensación Laboral o Enfermedades Ocupacionales, de Illinois.

b) Empleo: En la fecha del accidente, existía una relación de empleado/empleador entre las partes.

c) Accidente o exposición: El trabajador sufrió lesiones accidentales o estuvo expuesto a una enfermedad ocupacional que resultó de, y en el curso de su empleo.

d) Conexión causal: La condición médica fue causada o agravada por el accidente o exposición alegados.

e) Aviso: El empleador recibió notificación o un aviso del accidente o exposición, dentro del período límite establecido por la ley.

Si el trabajador prevalece en estos aspectos, él o ella generalmente calificarán para algún beneficio, pero puede haber otros asuntos en disputa: Por ejemplo, las partes pueden estar en desacuerdo sobre la magnitud de la incapacidad del trabajador, o el salario semanal promedio del trabajador, o si los tratamientos médicos y/o facturas médicas fueron razonables y necesarios, o si al trabajador le corresponden multas, etc.

2. *¿Cómo se resuelven las disputas?*

Un árbitro de la Comisión llevará a cabo un juicio, usando la ley de Illinois, las normas de evidencia, los precedentes establecidos por casos previos de compensación laboral, y los *Reglamentos que Gobiernan las Prácticas Ante la Comisión*. Un reportero de la corte hará un registro de la audición.

Excepto para audiciones de emergencia, un árbitro no puede resolver un caso sino hasta que el trabajador alcance la mejora médica máxima. Una vez que el trabajador haya sanado hasta el punto posible, las partes necesitan preparar el caso para el juicio, obteniendo registros médicos, declaraciones médicas, y otros documentos. Para el momento cuando todo esté listo para el juicio, no es raro que hayan pasado uno o dos años.

Una vez que todo esté listo para el juicio, el árbitro planificará un juicio dentro del mes que las partes lo soliciten. Después del juicio, el árbitro emitirá una decisión dentro de un período de 60 días, declarando el monto de los beneficios, si hay alguno, a los cuales el empleado tiene derecho.

3. *¿Hay alguna forma de lograr una decisión más rápida si hay una emergencia?*

Sí, si hay beneficios por tiempo perdido o facturas médicas que no han sido pagadas, una de las partes puede solicitar una audiencia de emergencia.

Bajo la Sección 19(b), una decisión final será emitida dentro de 180 días desde la fecha cuando fue presentada la *Solicitud de Revisión*.

Un empleado que reclama que se le adeudan beneficios médicos o de compensación, puede presentar una solicitud 19(b), sin importar si el empleado está trabajando o no.

Un empleador que está pagando TTD también puede presentar una solicitud 19(b), mientras tanto siga pagando TTD, hasta que:

- a) El árbitro presente un fallo sobre la solicitud;
- b) El proveedor de servicios médicos le conceda el permiso para regresar al trabajo regular; o
- c) El empleado inicie un trabajo de cualquier tipo.

Si hay una disputa acerca de la cobertura de seguro para un caso, un corredor de seguros, empleador privado que se asegura a sí mismo, o consorcio de compensación laboral, puede presentar una solicitud 19(b), mientras tanto siga proveyendo beneficios médicos y/o de TTD.

Ni el empleado ni el empleador tienen derecho a una audiencia 19(b) si el empleado ha regresado al trabajo, y el único beneficio en disputa llega a un monto menor de 12 semanas de TTD.

Bajo la Sección 19(b-1), una decisión será emitida dentro de 180 días, pero debe tenerse en cuenta que este proceso tiene muchos requisitos técnicos.

Un empleado que reclama ser incapaz de trabajar como resultado de una lesión, y que no está recibiendo beneficios médicos o TTD puede presentar una solicitud 19(b-1) para obtener un fallo rápido sobre los asuntos de atención médica y/o TTD.

En ambos casos, una vez los asuntos contenidos en el proceso de emergencia sean decididos, el caso regresará al llamado del árbitro para resolver otros asuntos en disputa, como el grado de la incapacidad permanente.

4. ¿Es posible apelar la decisión del árbitro?

Sí. El empleado y el empleador tienen, cada uno, derecho a apelar una decisión si no están satisfechos. Un panel de tres comisionados (normalmente llamado Comisión) revisará la decisión del árbitro, así como la evidencia y la transcripción del juicio. Ambas partes pueden presentar argumentos escritos a la Comisión. La Comisión entonces llevará a cabo una audiencia (llamada argumento oral) en la cual las partes pueden presentar un argumento corto de 5-10 minutos, para su posición. Dentro de 60 días de esa audiencia, la Comisión emitirá su decisión.

Mientras la apelación esté pendiente, el empleador no tiene que pagar los beneficios otorgados por el árbitro. Si el caso finalmente es resuelto por completo a favor del trabajador, los intereses serán añadidos a la sentencia arbitral, basándose en las tasas de bonos gubernamentales al momento de la decisión. También hay un cobro de interés 1% por mes sobre facturas médicas, pagable al proveedor de servicios médicos.

Las decisiones de la Comisión son finales para casos que involucren a empleados del Estado de Illinois. En todos los otros casos, cada parte puede apelar a la Corte del Circuito, la Corte de Apelación, y en algunos casos, a la Corte Suprema de Illinois. Una gráfica al final de este capítulo ilustra el proceso.

5. ¿Hay alguna otra manera de resolver disputas?

Como en otros sistemas de corte, la mayoría de los casos son resueltos a través de una resolución de compromiso entre las partes. Una resolución

es un contrato entre el empleado y el empleador, para cerrar un reclamo, a cambio de una cantidad de dinero establecida.

Al hacer la resolución sobre un caso, el empleado evita el riesgo de no recibir una compensación, o lograr menos de lo provisto en la resolución, y el empleador evita el riesgo de pagar más. Usualmente, los casos se resuelven más fácilmente a través de una resolución, que a través de un juicio. En promedio, una resolución es aprobada 1 año y 1/2 después que se presente un reclamo.

Si el empleador y el empleado logran un acuerdo, deben escribir los términos de su acuerdo en el formulario del *Contrato de Resolución* de la Comisión, y presentarlo para su aprobación ante el árbitro asignado al caso. Una resolución no es legalmente comprometedor para ambas partes, a menos que la Comisión la apruebe.

Un contrato de resolución aprobado generalmente cancela los derechos del empleado para cualquier beneficio de dinero en efectivo o médico, incluso si su condición empeora. Si las partes quieren conservar abierto un beneficio, esto debe establecerse con claridad en el contrato de resolución.

Un empleado que no tiene abogado (conocido como solicitante “*pro se*”) debe aparecer en persona ante el árbitro quien, antes de aprobarlo, revisará el acuerdo y se asegurará que es justo y que el empleado entiende su efecto. Note que el árbitro actuará como juez neutral, no como el abogado del trabajador.

Una resolución que sea hecha sin la aprobación de la Comisión no cancela los derechos del empleado, y el momento en el cual un empleado puede presentar un reclamo con la Comisión se extiende indefinidamente.

Cualquier contrato de resolución hecho dentro de un período de siete días después de la lesión, se presume como fraudulento.

6. ¿Una decisión o resolución cierra el caso para siempre?

Una resolución normalmente cierra el caso para siempre, a menos que las partes lo establezcan específicamente de otra manera en el acuerdo. Los siguientes cambios pueden ocurrir después se haberse emitido una decisión o resolución:

a) En cualquier momento después de una decisión, el empleado puede solicitar servicios médicos adicionales que sean razonablemente

necesarios para curar o aliviar los efectos de la lesión o enfermedad. Si el empleador no está de acuerdo con la solicitud, el empleado puede presentar una solicitud, pidiendo a la Comisión que resuelva la disputa.

b) Dentro de un período de 30 meses después que la Comisión emite una decisión o aprueba un contrato de resolución a pagar en cuotas, si un empleador puede mostrar que la incapacidad ha disminuido, puede presentar una solicitud para reducir los beneficios. Recíprocamente, si un empleado puede mostrar que la incapacidad ha aumentado, él o ella pueden presentar una solicitud para beneficios adicionales.

c) Dentro de un período de 60 meses después que la Comisión emita una decisión o aprueba un contrato de resolución a ser pagado en cuotas para beneficios salariales diferenciales, si un empleador puede mostrar que la incapacidad ha disminuido, puede presentar una solicitud para reducir los beneficios. Recíprocamente, si un empleado puede mostrar que la incapacidad ha aumentado, él o ella pueden presentar una solicitud por un aumento en los beneficios.

d) En cualquier momento cuando la Comisión emita una decisión de incapacidad total permanente, si el empleador puede mostrar que el empleado ya no está completamente incapacitado, el empleador puede solicitar a la Comisión una orden para suspender los pagos de PTD.

7. ¿Qué pasa si la Comisión otorga beneficios, pero el empleador no paga?

El empleado puede efectuar una o más de las siguientes acciones:

a) Presentar una solicitud en la corte del circuito, pidiendo a la corte que ordene el pago bajo la Sección 19(g) de la ley;

b) Presentar una solicitud a la Comisión, por multas y/o costos del abogado por atraso en pagos, según sea apropiado, bajo las Secciones 16, 19(k) y/o 19(l) de la ley;

c) Presentar una solicitud a la Comisión, alegando una póliza de atraso o injusticia por parte del asegurador o asegurador privado, bajo la Sección 4(c) de la ley;

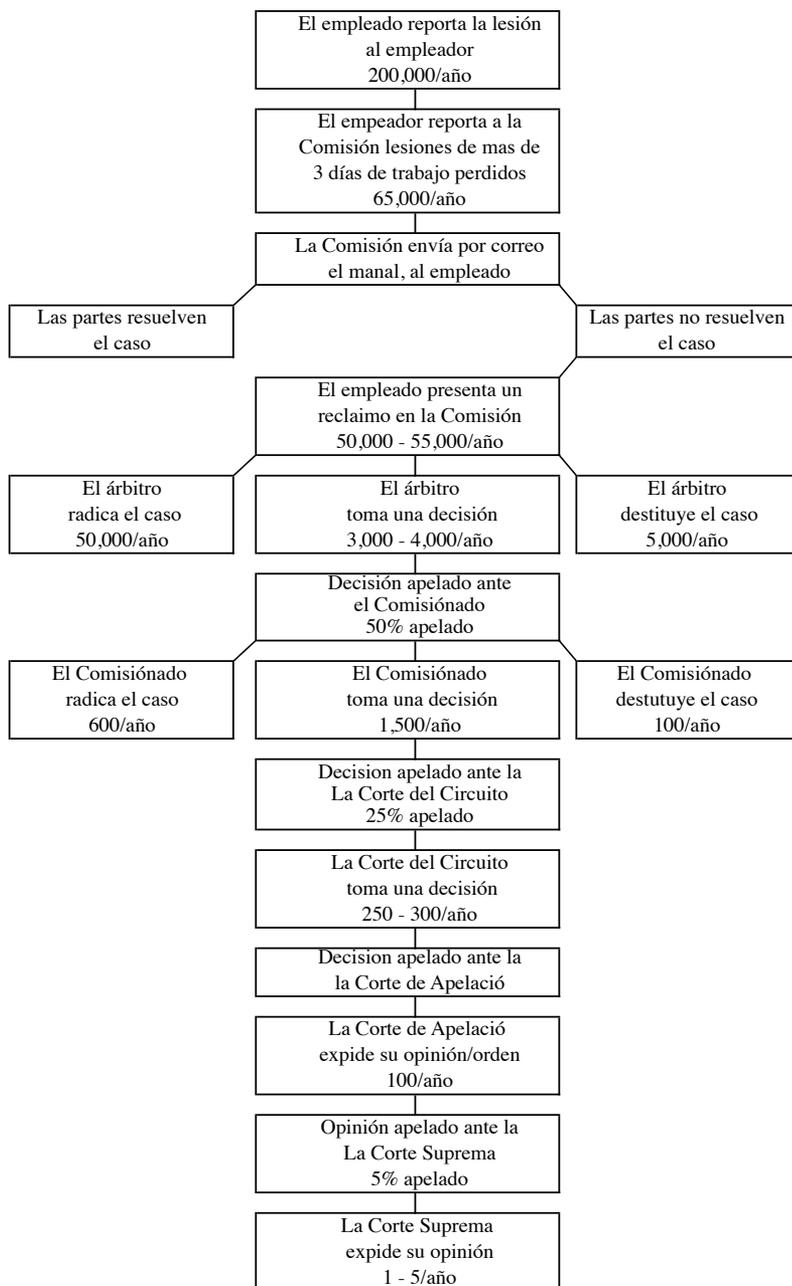
d) Llamar a la División de Servicios al Consumidor del Departamento de Seguro de Illinois (línea gratuita 866/445-5364 ó al 217/782-4515).

8. *¿Dónde son sostenidas las audiencias?*

Los árbitros sostienen audiencias en más de 24 sitios en todo el estado. Los casos son asignados al punto de audiencias más cercano al sitio del accidente. Si el accidente ocurrió fuera de Illinois, el caso es asignado al punto de audiencia más cercano a la casa del trabajador. Si el solicitante vive fuera de Illinois, el caso es asignado al sitio más conveniente para ambas partes.

Los comisionados llevan a cabo argumentos orales en Springfield y Chicago.

Diagrama de flujo del proceso de resolución



Nota: Los casos pueden ser devueltos y reenviados entre los diversos niveles. Las cifras son aproximadas.

CAPÍTULO 5

Beneficios Médicos

1. ¿Cuáles beneficios médicos están cubiertos bajo la ley?

Al empleador se le exige pagar todos los servicios médicos que sean razonablemente necesarios para sanar o aliviar al empleado de los efectos de la lesión.

Esto incluye pero no se limita a primeros auxilios, cuidados de emergencia, visitas médicas, servicios de hospital, cirugía, terapia física, tratamiento quiropráctico, farmacéuticos, dispositivos de prótesis, y aparatos médicos prescritos.

El costo de los dispositivos, como un elevador de calzado o una silla de ruedas, pueden estar cubiertos. Si las lesiones laborales resultan en una incapacidad que requiere modificaciones físicas a la casa del trabajador, tales como una rampa para silla de ruedas, el empleador es posible que tenga que pagar también esos costos.

2. ¿Quién paga el cuidado médico?

Si el empleador no disputa una factura médica, la pagará directamente al proveedor médico. El trabajador no tiene la obligación de cancelar copagos o deducibles.

Si el empleador disputa una factura, debe dar prontamente una explicación al trabajador.

Mientras un caso está pendiente en la Comisión, el proveedor no puede intentar recoger pagos del empleado, una vez que el empleado haya notificado al proveedor de que él o ella han presentado un reclamo con la Comisión, para resolver esta disputa.

El proveedor puede enviar recordatorios al empleado, de las cuentas pendientes, y pedir información acerca del caso (es decir, número del caso, estado del caso). Si el empleado no provee la información dentro de 90 días desde la fecha del recordatorio, el proveedor puede continuar sus esfuerzos por recoger el pago.

3. *¿Puede el empleado escoger el doctor o el hospital?*

Sí, pero hay límites. El empleado debe escoger con mucho cuidado para que no termine siendo responsable personalmente por las cuentas médicas.

El empleador puede crear un programa de proveedor preferido (PPP) aprobado por el Departamento de Seguro. Si lo hace, debe informar al empleado por escrito, del programa.

El empleado puede declinar participar en el PPP en cualquier momento al enviar al empleador una declaración por escrito. Si el empleado no desea participar, cuenta como una de las dos opciones de los proveedores médicos.

Si el empleado no desea participar en el PPP, el empleado puede escoger cualquier médico u hospital, y visitar a cualquier médico que sea referido por ese proveedor. Pero si el empleado desea ver otra cadena de proveedores, el empleador debe aprobarlo.

Si el empleador no tiene un PPP aprobado, el empleado puede escoger otro médico y hospital, y nuevamente ir a cualquier médico que sea referido por el proveedor.

Los servicios de primeros auxilios y de emergencia no son considerados como una de las dos opciones del empleado. El cuidado que no sea de emergencia obtenido antes de que el empleado reporte la lesión al empleador, no cuenta como una de las dos opciones.

4. *¿Qué pasa si el empleado cree que el PPP o la segunda opción del proveedor no está provyendo el cuidado médico adecuado?*

El empleado puede hacer una petición a la Comisión. Si la Comisión decide que el cuidado provisto por el Proveedor no es apropiado o es inadecuado, el empleado puede escoger un proveedor que sea pagado por el empleador.

5. *¿Mientras que el trabajador permanezca dentro de los límites de elección del proveedor, ¿pagará el empleador todos los servicios médicos?*

Una organización de revisión de uso puede examinar los tratamientos médicos pasados del empleado, sus tratamientos presentes y futuros, relacionados con la lesión laboral, y analizar la necesidad de esos tratamientos. La Comisión considerará estos descubrimientos sobre el

uso, junto con toda la otra evidencia, al determinar si un tratamiento fue razonablemente necesario. Si la Comisión descubre que un tratamiento médico no fue razonablemente necesario, no ordenará que el empleador pague la factura, y es posible que el empleado tenga que ser responsable por la misma.

6. ¿Cuáles son las responsabilidades del trabajador con respecto a los servicios médicos?

El empleador debe tomar los siguientes pasos:

- a) Buscar atención médica o de primeros auxilios inmediatamente después de la lesión, o el punto en el cual los síntomas graduales comiencen a afectar las actividades físicas en el trabajo o en la casa. (Si el empleador y el empleado están de acuerdo por escrito, el empleado puede depender en el tratamiento únicamente por medio de la oración o medios espirituales).
- b) Cooperar con los médicos y hacer esfuerzos para lograr una completa recuperación, y un retorno completo al trabajo, si es posible. Es posible que un trabajador pueda perder los beneficios por actividades perjudiciales o antihigiénicas.
- c) Decirle a los proveedores médicos que el tratamiento es por una condición relacionada con el trabajo. Esto permite a los proveedores conocer que el empleador es responsable por la factura médica.
- d) Proveer al empleador el nombre y la dirección del médico u hospital escogido. Si el empleado cambia a los proveedores, éste debe notificar una vez más al empleador.

El empleado debe también dar al empleador la suficiente información médica para que éste determine si acepta o niega el reclamo. Esto incluye todos los registros médicos relevantes a la condición para la cual se buscan los beneficios. Sin embargo, al trabajador no se le obliga conceder acceso a ninguna persona, de sus registros médicos.

El empleador no está obligado a proveer beneficios si no recibe la información médica necesaria para determinar la condición médica del trabajador y su aptitud para el trabajo. Si el médico del empleado no envía los registros médicos al empleador, puede retardar los beneficios médicos.

7. *¿Debe el trabajador permitir que los administradores de casos contratados por el empleador administren su atención?*

No. Un trabajador puede, sin penalidades, rechazar o limitar la participación del personal de enfermería o administrativo contratado por el empleador. El empleado está obligado a proveer registros médicos que sean relevantes al caso, pero por lo demás, la atención médica de un trabajador es confidencial.

Aunque la administración del caso no es obligatoria, si un caso es complicado o la lesión es severa, un trabajador puede buscar la ayuda del personal administrativo.

8. *¿Puede el empleador solicitar una evaluación por parte de su propio médico?*

Sí. El empleador puede solicitar un examen médico por el médico de su elección. Cuando el empleador provea el aviso al empleado, con respecto al lugar y la hora del examen, al mismo tiempo debe dar al empleado el dinero para cubrir gastos de transporte, alimentación, salarios perdidos, etc.

El examen debe llevarse a cabo en un momento y lugar razonable. El trabajador debe someterse al examen, pero él o ella no necesitan aceptar ningún tratamiento por parte del médico del empleador.

El médico del empleador debe dar a ambas partes el mismo reporte del examen tan pronto como sea posible, pero no menos de 48 horas antes de una audiencia de arbitraje.

El trabajador también tiene derecho, al solicitarlo, de copiar todos los registros médicos relevantes en posesión del empleador.

9. *¿Cómo son determinados los precios para servicios médicos?*

La mayoría de los tratamientos que estén cubiertos bajo la Ley y que hayan sido provistos el primero o después del 1^o de febrero de 2006, están sujetos a un programa de tarifas médicas. El empleador deberá pagar lo mínimo del cargo actual del proveedor, o el monto establecido por el programa de tarifas médicas.

Sin embargo, si un empleador o corredor de seguros contrata a un proveedor con el propósito de proveer servicios bajo la Ley, la tarifa negociada en el contrato prevalecerá.

El programa es publicado en el sitio de la Red de la Comisión. Por favor, consulte además con la ley, los reglamentos, *Instrucciones* y *Directrices*, y la página en la Red de "Preguntas Médicas Hechas Frecuentemente".

CAPÍTULO 6

Beneficios por Incapacidad Total Temporal (TTD)

1. *¿Qué es incapacidad total temporal (TTD)?*

TTD es el período en el cual un trabajador lesionado es temporalmente incapaz de regresar a cualquier trabajo, según sea indicado por su doctor, o el período en el cual es descargado para hacer trabajos livianos, pero cuyo empleador es incapaz de acomodarlo. El empleador paga beneficios TTD a un empleado lesionado hasta que el trabajador haya regresado al trabajo, o haya mejorado su cuadro médico.

2. *¿Cómo es calculado el beneficio TTD?*

El beneficio TTD es dos tercios (66 2/3%) del salario semanal promedio del empleado, sujeto a límites mínimos y máximos. Los límites mínimos y máximos están disponibles en las oficinas de la Comisión y en el sitio en la Red (www.iwcc.il.gov/benefits.htm).

3. *¿Cómo es calculado el salario semanal promedio (AWW) del empleado?*

El cálculo del AWW puede ser complicado y dependerá de los hechos de cada caso. Generalmente, se aplican los siguientes principios.

El AWW está basado en el salario bruto (antes de pagar impuestos) durante las 52 semanas antes de la lesión o exposición.

Si un empleado tenía más de un trabajo en el momento de la lesión, el AWW puede basarse en el ingreso combinado de todos los trabajos si el empleador para quien el empleado estaba trabajando en el momento de la lesión sabía que él o ella tenían otro(s) trabajo(s).

Si el trabajador estaba empleado por menos de 52 semanas, el AWW se calcula usando el número de semanas que él o ella realmente trabajó para ese empleador.

Si el empleado había trabajado para el empleador sólo durante un corto tiempo, o de manera casual, la Comisión puede considerar lo que otra persona en el trabajo con el mismo empleador habría ganado durante el año anterior.

El pago de sobretiempo generalmente no está incluido en el cálculo del AWW para los casos reportados bajo la Ley de Compensación Laboral, a

menos que las horas de sobretiempo hubiesen sido trabajadas de manera regular. El pago del sobretiempo está incluido para los casos reportados bajo la Ley de Enfermedades Ocupacionales.

Los beneficios de TTD para bomberos voluntarios, miembros activos y en entrenamiento de la policía y defensa civil, están basados en el AWW ganado en su empleo regular, y si el reclamo se presenta bajo la Ley de Compensación Laboral.

4. ¿Cuál es el beneficio mínimo TTD?

Un beneficio TTD para el empleado no deberá ser más de su AWW. El beneficio mínimo TTD se basa en el máximo del salario mínimo federal o estatal. Los montos de los beneficios se encuentran disponibles en las oficinas de la Comisión y en su sitio de la Red.

5. ¿Cuál es el beneficio máximo TTD?

Un beneficio TTD máximo es 133 1/3% del salario semanal estatal promedio para la fecha de la lesión. Los montos de los beneficios se encuentran disponibles en las oficinas de la Comisión y en su sitio de la Red.

6. ¿Existe un período de espera para TTD?

El TTD no es pagado por los primeros tres días de trabajo perdidos, a menos que el empleado pierda 14 o más días del calendario debido a la lesión.

7. ¿Cuándo se paga el TTD?

El empleador debe hacer el primer pago TTD dentro de 14 días después de recibir el aviso de la lesión. Puesto que los atrasos son comunes, para facilitar el pago rápido de los beneficios, animamos al empleado a dar al empleador una solicitud escrita de los beneficios TTD junto con la nota médica.

Si el empleador no paga rápidamente y no puede justificar el atraso, el empleado puede solicitar al árbitro que ordene al empleador pagar multas y/o costos de abogado al trabajador.

El empleador debe pagar el TTD en el mismo intervalo de tiempo que el empleado era pagado antes de la lesión (es decir, semanalmente o quincenalmente).

Si un empleador deja de pagar el TTD antes que el empleado regrese al trabajo, debe dar al empleado una explicación por escrito, no después de la fecha del último pago del TTD. Si el empleador deja de proveer esta explicación, el empleado puede solicitar al árbitro que evalúe las multas y/o los costos del abogado.

CAPÍTULO 7

Beneficios por Incapacidad Parcial Temporal (TPD)

1. ¿Qué es incapacidad parcial temporal (TPD)?

TPD es el período en el cual un empleado lesionado se encuentra aún en recuperación y está trabajando en tareas livianas, a medio tiempo o tiempo completo, y ganando menos de lo que él o ella ganarían en los trabajos antes de la lesión. El empleador paga beneficios TPD a un empleado lesionado hasta que el trabajador haya regresado a su trabajo regular, o haya alcanzado el mejor cuadro médico.

2. ¿Cómo es calculado el beneficio TPD?

El beneficio TPD es dos tercios (66 2/3%) de la diferencia entre el monto promedio que el trabajador sería capaz de ganar en los empleos anteriores a la lesión, y el monto bruto que él o ella gana en el trabajo liviano.

Ejemplo:

Un trabajador estaba ganando \$900 dólares por semana en el momento de la lesión. Mientras el trabajador estaba ausente del trabajo y en recuperación, el pago por el trabajo incrementó a \$925 dólares por semana. El trabajador regresa a un trabajo liviano y, después que los impuestos han sido deducidos, lleva a casa \$500 dólares/semana.

Salario semanal promedio (AAW) antes de la lesión	=	\$900	
AAW actual del trabajo antes de la lesión	=	\$925	
Pago bruto después de la lesión	=	\$500	
Diferencial de salario	=	\$925 - \$500	= \$425
TPD	=	\$425 X 66 2/3%	= \$283.33/semana

CAPÍTULO 8

Beneficios de rehabilitación vocacional/mantenimiento

1. *¿Qué es rehabilitación vocacional?*

La rehabilitación vocacional incluye pero no está limitada a la asesoría para buscar empleo, la supervisión de un programa de búsqueda de empleo, y reentrenamiento vocacional, incluyendo educación en una institución acreditada para el aprendizaje.

2. *¿Cuándo tiene el empleado derecho a la rehabilitación vocacional?*

Si el empleado no puede regresar al trabajo anterior a la lesión, el empleador debe pagar el tratamiento, la instrucción y el entrenamiento necesario para la rehabilitación física, mental y vocacional del empleado, incluyendo todos los costos por mantenimiento y gastos incidentales. El empleado debe cooperar en un programa razonable de rehabilitación.

El empleado puede escoger el proveedor de tales servicios de rehabilitación vocacional razonables, o puede aceptar los servicios de un proveedor seleccionado por el empleador.

3. *¿A qué beneficio tiene derecho el empleado mientras participa en un programa aprobado de rehabilitación vocacional?*

Un empleado tiene derecho a beneficios de mantenimiento, más los costos y gastos relacionados con el programa de rehabilitación vocacional.

4. *¿Cómo es calculado el beneficio de mantenimiento?*

El beneficio de mantenimiento no deberá ser menor que la tasa de TTD del empleador.

CAPÍTULO 9

Beneficios por Incapacidad Parcial Permanente (PPD)

1. *¿Qué es incapacidad parcial permanente (PPD)?*

PPD es:

- a) La pérdida completa o parcial de una parte del cuerpo; o
- b) La pérdida completa o parcial del uso de una parte del cuerpo; o
- c) La pérdida parcial del uso del cuerpo en general.

La “pérdida de uso” no es definida específicamente en la ley, pero generalmente significa que el empleado no es capaz de hacer cosas que él o ella era capaz de hacer antes de la lesión.

La Comisión no puede tomar una determinación PPD hasta que el trabajador haya terminado de recuperarse. El PPD es pagado solamente si la lesión relacionada con el trabajo resulta en alguna pérdida física permanente.

2. *¿Qué tipos de beneficios PPD existen?*

Hay cuatro tipos de beneficios PPD:

- a. Diferencial de salario (Sección 8(d) de la Ley de Compensación Laboral)

Si, debido a la lesión, el empleado obtiene un nuevo empleo que paga menos que el empleo o los empleos anteriores a la lesión, él o ella puede tener derecho a recibir un diferencial de salario. El diferencial de salario es dos tercios (66 2/3%) de la diferencia entre el monto que el trabajador gana en el nuevo trabajo y el monto que él o ella estaría ganando en el trabajo viejo.

Para las lesiones que ocurren antes del 1^o de septiembre, 2011, los beneficios deberán pagarse por la duración de la incapacidad. Para las lesiones que ocurran el o después del 1^o de septiembre, 2011, los beneficios deberán pagarse por cinco años después de la fecha del fallo o hasta que el empleado alcanza la edad de 67 años, cualquiera ocurra de último.

Un empleado puede ser compensado, bien sea por la pérdida de salarios o por la incapacidad permanente relacionada con la misma lesión, pero no por ambas.

Ejemplo:

Un trabajador estuvo ganando \$1,000 dólares/semana en el momento de la lesión. Mientras el trabajador estuvo ausente del trabajo y recuperándose, el pago por el trabajo incrementó a \$1,040 dólares/semana. Debido a la lesión, el trabajador sólo puede conseguir un trabajo que paga \$500 dólares/semana.

Salario semanal promedio (AAW) antes de la lesión	=	\$1,000
AAW actual del trabajo antes de la lesión	=	\$1,040
AAW del trabajo después de la lesión	=	\$500
Diferencial de salario	= \$1,040 - \$500	= \$540
Beneficio PPD	= \$540 X 66 2/3%	= \$360/semana

b. Planilla de lesiones (Sección 8(e) de la Ley de Compensación Laboral)

La ley establece un valor sobre ciertas partes del cuerpo, expresado como un cierto número de semanas de compensación para cada parte. (Vea la tabla al final de este capítulo). El número de semanas es multiplicado entonces al 60% del AWW del empleado.

Si una parte del cuerpo es amputada o no puede ser usada en absoluto, eso representa una pérdida del 100%, y al empleado se le otorga la cantidad completa de semanas enumerada en la tabla. Si el empleado sostiene una pérdida parcial, el beneficio es calculado multiplicando el porcentaje de pérdida por el número de semanas mencionado.

Ejemplo:

Un trabajador que ganaba \$500 dólares/semana se lesiona su dedo pulgar, y después se determina que hay un 10% de pérdida del uso de su dedo pulgar.

Tasa semanal PPD	= \$500 X 60%	= \$300
Número de semanas	= 76 semanas X 10%	= 7.6
Beneficio PPD	= 7.6 semanas X \$300	= \$2,280

c. Lesiones no incluidas en la tabla (la persona como un todo). (Sección 8(d)2).

Si la condición no se menciona en la tabla de lesiones, pero impone ciertas limitaciones, es posible que el empleado tenga derecho a un porcentaje de 500 semanas de beneficios, con base en la pérdida de la persona como un todo. El número de semanas es multiplicado por el 60% del AWW del empleado.

Ejemplo:

Un trabajador que ganaba \$500 dólares/semana sufre una lesión en la espalda que según se determinó ha causado una pérdida del 10% de la persona como un todo.

Tasa semanal PPD	= \$500 X 60%	=	\$300
Número de semanas	= 500 semanas X 10%	=	50 semanas
Beneficio PPD	= 50 semanas X \$300	=	\$15,000

d. Desfiguración

Un empleado que queda desfigurado sería y permanentemente en la cabeza, el rostro, el cuello, el pecho por encima de las axilas, brazo, mano o pierna por debajo de la rodilla, tiene derecho a un máximo de 162 semanas de beneficios en la tasa PPD. Luego el número de semanas es multiplicado por el 60% del AWW del empleado.

Una cicatriz debe sanar por lo menos seis meses antes de una audiencia para que la evaluación de la desfiguración pueda ser efectuada.

Un empleado no puede recolectar la compensación por la desfiguración y la pérdida del uso de la misma parte del cuerpo. Por ejemplo, a una persona que pasa por una cirugía del túnel carpiano y se descubre que ha sufrido alguna pérdida de uso, puede otorgársele un beneficio basándose en la parte del cuerpo o sobre la desfiguración de las cicatrices de la cirugía, pero no por ambas.

3. *¿Cómo es evaluado el nivel de incapacidad?*

Para las lesiones sufridas antes del 1^o de septiembre, 2011, la Comisión evalúa el impedimento físico y el efecto de la incapacidad en la vida del trabajador lesionado. Entre los factores que pueden ser considerados están la edad, la habilidad, la ocupación, en entrenamiento, la incapacidad del individuo de participar en ciertos tipos de actividades, dolor, tiesura, o limitación del movimiento.

Para las lesiones sufridas el o después del 1^o de septiembre, 2011, un médico certificado evalúa el impedimento físico del empleado usando la edición más actual de la “Guides to the Evaluation of Permanent Impairment” de la Asociación Médica Americana. La Comisión evalúa el reporte provisto por el médico, y también la edad, la ocupación, y la capacidad de ganancia en el futuro del empleado.

Los empleados no son compensados por dolor y sufrimiento pasados, sino solamente por el dolor residual que forma parte de la incapacidad permanente.

4. *¿Cuál es el beneficio mínimo PPD?*

El beneficio mínimo PPD por amputación o enucleación es del 50% del salario semanal promedio estatal (SAWW).

Para todas las demás categorías PPD, el beneficio PPD de un empleado no deberá ser más de su AAW. Los montos de los beneficios se encuentran disponibles en las oficinas de la Comisión y en su sitio de la Red.

5. *¿Cuál es el beneficio máximo PPD?*

Casos de diferencial salarial: 100% del SAWW

Amputación o enucleación: 133 1/3% del SAWW

Bajo la ley, la tasa máxima para las demás categorías PPD (tabla de lesiones, lesiones no incluidas en la tabla y desfiguración) se calculan usando una fórmula diferente, basándose en la tasa de aumento en el salario semanal promedio a nivel del estado. Por favor, consulte con las hojas de la tasa de beneficio para este máximo.

6. *¿Qué pasa si la condición del trabajador cambia?*

Para beneficios por diferencial salarial: Si la condición física del empleado cambia durante los 60 meses después que el fallo se hace efectivo, ambas partes pueden pedir a la Comisión que ajuste el fallo.

Para todas las otras categorías PPD: Si la condición física del empleado cambia durante los 30 meses después que el fallo se hace efectivo, ambas partes pueden pedir a la Comisión que ajuste el fallo.

**BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE
PARA UNA PÉRDIDA DE USO DEL 100%
OCURRIDA EL O DESPUÉS DEL 28/06/2011**

PARTE DEL CUERPO	SEMANAS PAGADAS
Dedo pulgar	76
Primer dedo (índice)	43
Segundo dedo	38
Tercer dedo	27
Cuarto dedo	22
Mano	205
Mano si es túnel carpiano	28.5-57
Brazo	253
Brazo amputado por encima del codo	270
Brazo amputado a la coyuntura de los hombros	323
Dedo del pié (dedo grande)	38
Dedo del pié (todos los demás dedos)	13
Pie	167
Pierna	215
Pierna amputada encima de la rodilla	242
Pierna amputada en la coyuntura de la cadera	296
Ojo: Pérdida de la visión	162
Remoción del ojo (enucleación)	173
Oído: pérdida de la audición debido a accidente o trauma*	54
Oído: pérdida de la audición debido a enfermedad ocupacional*	100
Oídos (2) *	215
Riñón, bazo o pulmón (remoción)	10
Testículo (1)	54
Testículos (2)	162
Fractura en el cráneo	6+
Fractura en hueso facial	2+
Fractura en vértebra	6+
Fractura espinal o transversal	3+

La pérdida de una parte del dedo pulgar, de un dedo de la mano o del pie hasta la primera coyuntura desde la punta, es considerada como pérdida de una mitad del dedo, es decir, 38 semanas por medio dedo. Las pérdidas más allá de la primera coyuntura son consideradas una pérdida del 100% del dedo.

*Una pérdida debido a la exposición al ruido también puede ser compensable, si el empleado puede demostrar que él o ella estuvo expuesto(a) a ciertos niveles de ruido por las duraciones establecidas en la ley.

CAPÍTULO 10

Beneficios por Incapacidad Total Permanente (PTD)

1. *¿Qué es la incapacidad total permanente (PTD)?*

PTD es, bien sea:

a) La pérdida permanente y completa del uso de ambas manos, ambos brazos, ambos pies, ambas piernas, ambos ojos, o dos de tales partes, por ejemplo, una pierna y una mano;

o

b) Una incapacidad completa que hace que el empleado sea permanentemente incapaz de hacer algún tipo de trabajo por el cual hay un mercado de empleo razonablemente estable.

2. *¿Qué es el beneficio PTD?*

Un reclamante que es declarado incapacitado permanente y totalmente tiene derecho a un beneficio semanal igual a dos tercios ($66 \frac{2}{3}\%$) de su salario semanal promedio, sujeto a límites mínimos y máximos, para toda la vida. Los montos mínimos y máximos de beneficios están disponibles en las oficinas de la Comisión y en su sitio de la Red.

3. *¿Puede un recipiente del PTD trabajar en algún momento?*

Si un empleado que experimenta una incapacidad completa, como se describe en la parte 1(b) de arriba, y regresa al trabajo o es capaz de regresar al trabajo, el empleador puede solicitar a la Comisión terminar o modificar el beneficio PTD.

4. *¿Permanece fijo el monto del beneficio para toda la vida?*

Hay ajustes relacionados con el costo de vida, si el caso fue cerrado por una decisión. Comenzando en el segundo 15 de julio después de haber sido expedido el fallo, el recipiente recibirá un monto del Fondo de Ajuste de Tarifas de la Comisión, que refleje el incremento en el salario semanal promedio durante el año precedente. Estos pagos son hechos mensualmente.

5. *¿Qué es el beneficio mínimo PTD?*

El beneficio mínimo PTD es el 50% del salario semanal promedio a nivel estatal (SAEE) en el momento de la lesión. Los montos de los beneficios

se encuentran disponibles en las oficinas de la Comisión y en su sitio de la Red.

6. ¿Qué es el beneficio máximo PTD?

El beneficio máximo PTD es 133 1/3% del SAWW en el momento de la lesión. Los montos de los beneficios se encuentran disponibles en las oficinas de la Comisión y en su sitio de la Red.

7. ¿Puede un empleado recibir tanto el PTD como el Seguro Social?

Sí, si el empleado califica bajo los términos de cada programa. Si un empleado recibe ambos beneficios, la Administración del Seguro Social aplicará una fórmula que puede resultar en una reducción del beneficio del Seguro Social.

CAPÍTULO 11

Beneficios por Muerte/para Sobrevivientes

1. *¿Qué es el beneficio para el entierro?*

Un beneficio de \$8,000 es provisto para el sobreviviente o la persona que paga el entierro.

2. *¿Cómo es calculado el monto del beneficio del sobreviviente?*

El beneficio es dos tercios (66 2/3%) del salario semanal bruto promedio del empleado durante las 52 semanas antes de la lesión, sujeto a límites mínimos y máximos.

3. *¿Quién tiene derecho al beneficio del sobreviviente?*

Existe una jerarquía de derechos. Los beneficiarios primarios son el cónyuge y los hijos jóvenes. Si no existen beneficiarios primarios, los beneficios pueden ser pagados a padres totalmente dependientes. Si no existen padres totalmente dependientes, los beneficios pueden ser pagados a personas que fueron, al menos un 50% por ciento dependientes del empleado para el momento de la muerte.

4. *¿Qué pasa si el cónyuge sobreviviente se vuelve a casar?*

Si hay hijos elegibles en el momento del nuevo matrimonio, los beneficios continuarán.

Si no hay hijos elegibles en el momento del nuevo matrimonio, el cónyuge tiene derecho a una cantidad final total, igual a dos años de compensación. (Los recipientes del Fondo del Ajuste de la Tasa no recibirán una cantidad final total; los pagos continuarán por dos años más.) Todos los derechos para los demás beneficios son eliminados.

5. *¿Cuál es el beneficio mínimo del sobreviviente?*

El beneficio mínimo del sobreviviente no puede ser menor que el 50% del salario semanal promedio a nivel estatal (SAWW) al momento de la lesión, al menos que haya una reducción para individuos parcialmente dependientes.

6. *¿Cuál es el beneficio máximo del sobreviviente?*

El beneficio máximo del sobreviviente no puede ser más del 133 1/3% del SAWW en el momento de la lesión. El beneficio es pagado por 25 años de beneficios semanales o \$500.000 dólares, cualquiera sea mayor.

7. *¿Permanece fijo el monto del beneficio para toda la vida?*

Hay ajustes relacionados con el costo de vida, si el caso fue cerrado por una decisión. Comenzando en el segundo 15 de julio después de haber sido expedido el fallo, el recipiente recibirá un monto del Fondo de Ajuste de Tarifas de la Comisión, que refleje el incremento en el salario semanal promedio durante el año precedente. Estos pagos son hechos mensualmente.

Árbitro

El empleado de la Comisión de Compensación Laboral de Illinois (IWCC) que sirve como el oficial de audición de primer nivel en un caso.

Audiencia de emergencia

Proceso por medio del cual un empleado que reclama que se le adeudan beneficios médicos o de compensación, puede recibir una audiencia más rápida.

Beneficio médico

Atención médica pagada por el empleador, que es razonablemente necesaria para curar o aliviar al empleado de los efectos de la lesión.

Beneficio por entierro

Un beneficio de \$8.000, pagado al sobreviviente de la persona que paga por el entierro de un trabajador que recibió una lesión fatal.

Comisión de Compensación Laboral de Illinois (IWCC)

Agencia estatal que resuelve disputas entre trabajadores lesionados y sus empleadores, respecto a compensación laboral.

Comisionado

Oficial de IWCC que sirve como el oficial de audiencia de primer nivel en un caso.

Compensación Laboral

Sistema de beneficios sin excepciones provistos por ley a la mayoría de los trabajadores que sufren lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Desfiguración

Empeoramiento serio y permanente de la apariencia de la cabeza, el rostro, el cuello, el pecho por encima de las axilas, el brazo, la mano, o la pierna por debajo de la rodilla.

Diferencial de Salario

Diferencia entre el monto más bajo que gana un empleado, debido a una lesión, y el monto que él o ella estaría ganando en el (los) trabajo(s) anteriores a la lesión.

Elección del Empleado

Derecho legal del empleado para escoger dos proveedores médicos y cualquier otro proveedor a quien el empleado es referido; si el empleador

usa un Programa de Proveedor Preferido, limitado a un proveedor adicional.

Examen Medico Independiente (también llamado Examen de Sección 12)

Un examen del empleado, solicitado por el empleador, por parte de un médico de su elección.

Fondo de Ajuste de Tarifa

Fondo estatal que paga ajustes del costo de vida sobre un PTD y fallos finales.

Incapacidad Parcial Permanente (PPD)

Pérdida completa o parcial de una parte del cuerpo; o pérdida completa o parcial del uso de una parte del cuerpo; o la pérdida parcial del uso del cuerpo como un todo.

Incapacidad Parcial Temporal (TPD)

Período en el cual un empleado lesionado está aún en recuperación y está trabajando en tareas livianas, a medio tiempo o a tiempo completo, ganando menos de lo que él o ella ganarían en los trabajos antes de la lesión.

Incapacidad Total Permanente (PTD)

La pérdida permanente y completa del uso de ambas manos, ambos brazos, ambos pies, ambas piernas, ambos ojos, o algunas dos de ambas partes, es decir, una pierna y una mano; o
Una incapacidad completa que hace que el empleado sea permanentemente incapaz de hacer algún tipo de trabajo por el cual hay un mercado de empleo razonablemente estable.

Incapacidad Total Temporal (TTD)

Período en el cual un trabajador lesionado es temporalmente incapaz de regresar a un trabajo cualquiera, tal como lo indique su médico, o período en el cual recibe libertad para hacer trabajos livianos, pero cuyo empleador es incapaz de acomodarle a él o a ella.

Informe

Comunicación oral o escrita del empleado para el empleador, describiendo la fecha y el lugar de un accidente.

Informe del Lugar de Trabajo

Un póster público que los empleadores deben exhibir en cada lugar de trabajo, que explique los derechos de los trabajadores bajo la Ley sobre Compensación Laboral de Illinois, y que mencione el corredor de seguros, el número de póliza, información de contacto, etc.

Mantenimiento

Beneficio provisto a un empleado que está participando en un programa vocacional de rehabilitación.

Mejoría Médica Máxima (MMI)

Punto en el cual el empleado ha terminado de recuperarse de una lesión y goza de un mejor cuadro médico.

Planilla de las lesiones

Valor de ciertas partes del cuerpo, expresado como un número de semanas de compensación por cada parte.

Planilla de tarifas

Lista de tarifas, reglas, instrucciones y directrices relacionadas con el pago de la mayoría de los tratamientos que son cubiertos bajo la Ley y que fueron provistos el o después del 1^o de febrero del 2006.

Pro se

Un reclamante que no tiene un abogado.

Reclamo

Un caso abierto por un trabajador, al presentar la *Solicitud de Ajuste de Reclamo*, en la IWCC, lo cual inicia el proceso de la audiencia.

Rehabilitación Vocacional

Servicios provistos a un empleado que no puede regresar al trabajo anterior a la lesión, que incluyen pero no están limitados a la asesoría para la búsqueda de trabajo, supervisión de un programa de búsqueda de trabajo, y el reentrenamiento vocacional, incluyendo educación en una institución acreditada para el aprendizaje.

Resolución o fallo

Contrato que tiene lugar entre el empleado y el empleador, para cerrar un reclamo, a cambio de una cantidad de dinero establecida, aprobado por la Comisión.

Salario Semanal Promedio (AWW)

El cálculo del salario bruto de un empleado (antes de pagar impuestos), sobre los cuales se basan los beneficios.

Salario Semanal Promedio a Nivel Estatal (SAWW)

Cantidad, calculada por el Departamento de Seguridad Laboral de Illinois, que establece los niveles máximos y algunos niveles mínimos semanales de compensación laboral.

ÍNDICE

- Abogado 9, 13, 14, 18
- Accidente 5, 8, 15
- Administrador de caso 25
- Ajuste por costo de vida 35, 37
- Apelación de decisiones 17
- Árbitro 11, 15, 17
- Asbestos 12
- Audiencias 11, 13, 20
- Aviso
 - de accidente o lesión 8, 15
 - publicado en el lugar de trabajo 5, 9
- Beneficio
 - vea categoría específica*
- Beneficio por muerte 39
- Beneficios médicos
 - administrador de caso 25
 - derecho del empleador a examinar 23
 - elección del médico parte del empleado 23
 - interés sobre las facturas 17
- Oración, medios espirituales 24
- planilla de tarifas 25
- Programa de Proveedor Preferido (PPP) 23
- rehabilitación
 - vocacional/mantenimiento 31
 - responsabilidad del empleado 8, 19, 24
 - responsabilidad del empleador 5, 22
- Compensación laboral 3, 4
- Conexión causal 15
- Decisión 16-21
- Desfiguración 34, 35
- Diferencial de salario 19, 30, 32, 35
- Discriminación 5, 10
- Dolor 34
- Elegibilidad 13
- Empleado
 - cubierto bajo la ley 3
 - relación con el empleador 15
- Empleador
 - a pagar beneficios 5
 - registros 5, 9
 - requisitos bajo la ley 9, 19
 - respuesta al informe de accidente 8
- Enfermedad ocupacional 12, 15
- Entierro 39
- Examen médico independiente 25
- Fondo de Ajuste de Tarifa 37, 39, 40
- Fraude 6
- Impuestos 4, 20
- Incapacidad parcial permanente 32
- Incapacidad parcial temporal 30
- Incapacidad total permanente 37
- Incapacidad total temporal 27
- Jurisdicción 15
- Límites de tiempo 8, 12
- Mantenimiento 31
- Médico, elección del 23
- Multas 15, 19, 28
- Neumoconiosis 12
- Oídos 36
- Pago de horas de sobretiempo 27
- Partes del cuerpo 32-36
- Pérdida de la audición 36
- Persona como un todo 33
- Planilla de las lesiones 33
- Planilla de tarifas 25
- Programa de Proveedor Preferido (PPP) 23
- Programas Recreativos 4
- Radiación 12
- Reclamo 8, 11
- Registros 5, 9
- Rehabilitación de mantenimiento/vocacional 31
- Reportes de accidente 5, 8
- Revisión del uso 23
- Salario semanal promedio 27
- Salario 27
- Seguridad Social 38
- Seguro 4, 5
- Solicitud 11, 16
- Trabajo liviano 27, 30